

介護保険 送付先変更届

令和 年 月 日

(あて先) 塩 尻 市 長

届出者 住 所

氏 名

印

(被保険者との関係:)

連絡先

介護保険に関する書類の送付先について、次の事項に同意し変更を届出ます。

- ①送付先の変更に伴う不利益が生じた場合は、全て本人及び届出者の責任とし、塩尻市に責任を問いません。
②既に送付先が設定されている場合は、設定済みの送付先を廃止し新たに届出された送付先が設定されます。

被 保 険 者	被保険者番号									生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏 名													
	住 所	〒												

送 付 先	フリガナ														
	氏 名														
	住 所	〒													
	連絡先	自 宅								携帯電話					
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 成年後見人等 <input type="checkbox"/> 親族(続柄) <input type="checkbox"/> その他()													

送付先変更理由 (該当するものに ☑してください)	<input type="checkbox"/> 施設入所・入院により現住所に不在	<input type="checkbox"/> 郵便物の管理が困難
	<input type="checkbox"/> 一時的に家族等のもとで生活	<input type="checkbox"/> 本人死亡のため
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

送付先変更書類 (該当する書類に ☑してください)	【今後の送付先を変更する場合】
	<input type="checkbox"/> 介護保険料関係 (納付) <input type="checkbox"/> 介護保険の給付関係 (給付) <input type="checkbox"/> 介護保険の資格関係 (受給・資格)
	【今回に限り送付先を変更する場合】
	<input type="checkbox"/> 認定結果通知書 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証
	<input type="checkbox"/> その他 ()

-----市 役 所 確 認 欄-----

- 届出者本人確認 写し発行済 入力処理済(受付:)
郵送
訪問調査時記入
その他()

介護保険 送付先変更届の手続きのご案内

1 送付先の変更手続きに必要な書類について

- ① 介護保険 送付先変更届
- ② 届出者の身分証明書（運転免許証等）

2 送付先を変更する上での注意事項

- ① すでに発送準備の整った書類は、変更前の住所に届くことがあります。
- ② 次の場合は、速やかに届出ください。
 - ・送付先として登録していた住所が変更となったとき
 - ・送付先の方が亡くなったとき
 - ・送付先の設定を解除したいとき
- ③ 現在の送付先から別の送付先に変更する場合、本人及び現在の送付先の方の同意を得てください。
- ④ 次に該当した場合は、届出がなくても送付先設定を解除します。
 - ・設定された送付先の住民等から解除の申出があったとき
 - ・設定された送付先に送付しても通知等が到着しないとき
- ⑤ **この届出は、介護保険の関係書類のみ変更となります。**
税関係書類や医療保険の関係書類等の送付先を変更する場合は、それぞれの担当課で手続きが必要になります。